

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B całej powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedzi delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałeś/eś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłeś/eś poprawnie, zamaz starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **3 godziny**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać kartę odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartą odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9



WIOSNA 2019

**EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

Nr 1. Podstawowe czynniki rokownicze dla przeżycia u chorych na raka przełyku to:

- 1) głębokość naciekania;
- 2) przerzuty do węzłów chłonnych;
- 3) stan sprawności chorego;
- 4) żywienie immunomodulujące;
- 5) zastosowanie radio-chemioterapii neoadjuwantowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,3,5. **C.** 1,3,4,5. **D.** 1,3,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 2. Wskaż, które z niżej wymienionych raków przełyku nie kwalifikują się do resekcji:

- 1) guzy T3;
- 2) guzy z naciekaniem tchawicy o rozmiarach powyżej 8 cm z przerzutami do węzłów chłonnych nadobojczykowych i nadbrzusza;
- 3) guzy u osób w podeszłym wieku i w złym stanie sprawności ogólnej;
- 4) gdy stwierdzono progresję po przedoperacyjnej radio-chemioterapii;
- 5) rak połączenia przełykowo-żołądkowego z przerzutami do węzłów chłonnych nadobojczykowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3,5. **B.** 1,2,4,5. **C.** 1,3,4,5. **D.** 2,3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 3. U chorego na raka przełyku po wykluczeniu obecności przerzutów odległych oraz określeniu stopnia zaawansowania, należy zaproponować leczenie chirurgiczne w przypadku:

- 1) jednoogniskowego raka wczesnego przełyku T1a;
- 2) wieloogniskowości raka wczesnego;
- 3) lokalizacji raka w szyjnym odcinku przełyku, tj. < 5 cm od mięśnia pierścienno-gardłowego;
- 4) zaawansowania miejscowo-regionalnego (T1b-4a N0-3 M0) u chorych w dobrym stanie sprawności;
- 5) po uprzedniej radio-chemioterapii neoadjuwantowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3,4. **B.** 2,3,4. **C.** 3,4,5. **D.** 2,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 4. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia chorych na raka żołądka, u których podczas badań diagnostycznych stopień zaawansowania zmiany oceniono jako T1aN0, G1, średnica zmiany do 2 cm, bez owrzodzenia:

- 1) leczenie można rozpocząć od endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej;
- 2) leczenie można rozpocząć od endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej ale tylko w przypadku wieloogniskowości;
- 3) w przypadku wieloogniskowości należy usunąć cały żołądek;
- 4) zakres limfadenektomii może być mniejszy niż D2;
- 5) należy zawsze wykonać całkowite wycięcie żołądka.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3. **B.** 2,3. **C.** 1,3,4. **D.** 2,3,4. **E.** 2,3,4,5.

Nr 5. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia chorych na zaawansowanego raka żołądka:

- 1) u chorych, u których w badaniach obrazowych nie wykryto przerzutów odległych (cM0) konieczne jest wykonanie laparoskopii diagnostycznej;
- 2) powinna być wykonana resekcja żołądka, a następnie konsultacja onkologiczna i chemioterapia uzupełniająca;
- 3) gdy drożność przewodu pokarmowego jest zaburzona, należy rozważyć wykonanie operacji paliatywnej przywracającej pasaż przewodu pokarmowego;
- 4) przy znacznym zwężeniu światła narządu i objawach niedrożności, zwłaszcza w okolicy odźwiernika, należy rozważyć wykonanie paliatywnej resekcji dalszej części żołądka, o ile jej wykonanie jest możliwe i bezpieczne;
- 5) u każdego chorego, u którego pierwotnie wykonano resekcję żołądka bez chemioterapii przedoperacyjnej, należy rozważyć zastosowanie radiochemioterapii uzupełniającej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3. **B.** 2,3. **C.** 2,3,4. **D.** 1,3,4. **E.** 1,3,4,5.

Nr 6. Do każdej z wymienionych lokalizacji anatomicznych dobierz właściwy numer stacji regionalnych węzłów chłonnych dla raka żołądka:

- 1) tętnica żołądkowa lewa;
 - 2) tętnica wątrobowo-wspólna;
 - 3) tętnica śledzionowa;
 - 4) więzadło wątrobowo-dwunastnicze;
- a) 7; b) 8; c) 11; d) 12.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1a,2c,3d,4b. **B.** 1d,2b,3c,4a. **C.** 1d,2c,3a,4b. **D.** 1a,2b,3c,4d. **E.** 1d,2b,3a,4c.

Nr 7. Przerzut odległy M1 wg aktualnej klasyfikacji TNM dla raka żołądka rozpoznaje się, gdy stwierdzono:

- 1) przerzuty w węzłach chłonnych ok. wnęki śledziony (10);
- 2) przerzuty w węzłach chłonnych okołoaortalnych (16);
- 3) pojedynczy przerzut do otrzewnej przeponowej;
- 4) dodatni wynik badania cytologicznego płynu z otrzewnej;
- 5) guz w sieci większej bez kontaktu z guzem pierwotnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 3,4,5. **C.** 1,2,3,4. **D.** 2,3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 8. Wg aktualnej klasyfikacji TNM dla raka żołądka, T4 rozpoznaje się gdy guz pierwotny nacieka:

- 1) więzadło żołądkowo-okrężnicze lub wątrobowo-żołądkowe;
- 2) sieć większą lub mniejszą;
- 3) otrzewną trzewną (perforuje surowicówkę żołądka);
- 4) śledzionę, okrężnicę poprzeczną;
- 5) odnogę przepony, trzon trzustki.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 3,4,5. **C.** 1,2,3,4. **D.** 1,3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 9. N1 wg aktualnej klasyfikacji TNM dla raka żołądka, który zlokalizowany jest w części przedodźwiernikowej rozpoznaje się, gdy stwierdzono przerzuty w:

- 1) 2 węzłach chłonnych pododźwiernikowych;
- 2) 2 węzłach krzywizny mniejszej;
- 3) 2 węzłach zatrzustkowych;
- 4) 1 węźle okołoaortalnym;
- 5) węźle chłonnym wartowniczym.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 1,2,3,5. **D.** 1,2. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 10. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia chorych na raka trzustki:

- 1) w przypadku guza głowy trzustki uznanego przedoperacyjnie za potencjalnie resekcyjny chory powinien mieć wykonaną pankreatoduodenektomię z limfadenektomią oraz śródoperacyjnym badaniem marginesów;
- 2) rozszerzona limfadenektomia jest zalecana, nawet w mniej zaawansowanych przypadkach;
- 3) przy zmianach uznanych śródoperacyjnie za bezwzględnie nieresekcyjne, a powodujących zwężenie dwunastnicy i/lub przewodu żółciowego wspólnego można wykonać zespolenia omijające żołądkowo-jelitowe i/lub żółciowo-jelitowe;
- 4) po stwierdzeniu śródoperacyjnie przerzutów odległych, których nie wykryto przed operacją w badaniach obrazowych, nie ma konieczności pobierania materiału z guza i/lub przerzutów do badania histopatologicznego;
- 5) w przypadku niezwyfikowanych zmian nieresekcyjnych należy pobrać śródoperacyjnie z guza i/lub przerzutów materiał do badania histopatologicznego w celu ewentualnego umożliwienia zastosowania chemioterapii.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2. **B.** 1,3. **C.** 1,3,4. **D.** 1,3,5. **E.** tylko 5.

Nr 11. W wyniku histopatologicznym po biopsji wycinającej ogniska pierwotnego czerniaka skóry zlokalizowanego na skórze owłosionej głowy stwierdzono czerniaka o grubości 1,5 mm wg Breslowa bez owrzodzenia i z liczbą figur podziału powyżej 1/mm². Wskaż stopień zaawansowania nowotworu według skali TNM - AJCC z 2017 roku (wersja 8):

A. pT1a. **B.** pT1b. **C.** pT2a. **D.** pT2b. **E.** pT2c.

Nr 12. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące terapii czerniaków skóry:

- 1) po limfadenektomii pachowej z powodu klinicznych przerzutów czerniaka z obecnością mutacji BRAF i bez przerzutów odległych zastosowanie leczenia uzupełniającego inhibitorami BRAF i MEK przez okres roku przedłuża istotnie przeżycia wolne od nawrotu i przeżycia całkowite chorych;
- 2) zastosowanie kombinacji immunoterapii przeciwciałami anty-PD-1 w leczeniu zaawansowanych czerniaków bez obecności mutacji BRAF wykazuje podobną skuteczność terapeutyczną jak u chorych na czerniaki z obecnością mutacji BRAF;
- 3) w czerniakach inwazyjnych o grubości powyżej 2 mm wg Breslowa zaleca się 3 cm ostateczny margines radykalnego leczenia zmiany pierwotnej;
- 4) w przypadku stwierdzenia izolowanych przerzutów do węzłów chłonnych czerniaka o nieznanym ognisku pierwotnym postępowaniem z wyboru jest limfadenektomia terapeutyczna;
- 5) po stwierdzeniu przerzutu do węzła wartowniczego można rozważyć radykalną limfadenektomię uzupełniającą szczególnie przy wielkości mikroprzerzutu > 1 mm;
- 6) radioterapia uzupełniająca po wycięciu przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych istotnie przedłuża przeżycia całkowite chorych.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4,5. **B.** 2,3,4,6. **C.** 1,3,4,5. **D.** 2,4,5,6. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 13. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące przerzutów in transit w czerniaku skóry:

- A.** ogniska in transit oznaczają przerzuty drogą chłonną między ogniskiem pierwotnym a regionalnym splotem chłonnym.
- B.** przerzuty in transit stanowią negatywną cechę prognostyczną.
- C.** ogniska in transit w klasyfikacji TNM wg AJCC edycji 8 automatycznie klasyfikują czerniaka jako cechę N(+).
- D.** w przypadku stwierdzenia przerzutu klinicznego do jednego węzła chłonnego i jednocześnie występowania przerzutu in transit zgodnie z klasyfikacją TNM wg AJCC edycji 8 jest to stopień N2c.
- E.** wszystkie wymienione.

Nr 14. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące raka podstawnokomórkowego (BCC):

- A.** BCC stanowi około 80% raków skóry.
- B.** zwiększenie zachorowalności na BCC związane jest z nadmierną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe.
- C.** w większości BCC stwierdza się aktywację szlaku MAPK.
- D.** typ twardzinopodobny jest związany z wysokim ryzykiem.
- E.** imikwimod jest stosowany do leczenia przypadków powierzchownych.

Nr 15. Do obszaru o wysokim ryzyku w ocenie czynników ryzyka przebiegu raka kolczystokomórkowego skóry (SCC) z definicji nie należy następująca lokalizacja anatomiczna:

- A. okolice łokcia.
- B. genitalia.
- C. głowa i szyja, z wyłączeniem obszaru policzków, czoła, skóry owłosionej głowy.
- D. ręce.
- E. stopy.

Nr 16. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka z komórek Merkla:

- A. w leczeniu choroby przerzutowej zastosowanie znajduje immunoterapia, np. za pomocą przeciwciał anti-PD-L1 (awelumab) lub anti-PD-1.
- B. wykazuje cechy drobnookrągłokomórkowego nowotworu neuroendokrynnego w ocenie histopatologicznej.
- C. u chorych bez klinicznych cech przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych wykonuje się biopsję węzłów wartowniczych.
- D. po limfadenektomii rutynowo stosuje się uzupełniającą chemioterapię.
- E. częściej występuje u osób z upośledzonym układem immunologicznym, w starszym wieku oraz narażonych na promieniowanie ultrafioletowe oraz wykazuje związek z wirusem polioma.

Nr 17. U chorego lat 38 po stwierdzonym czerniaku skóry grzbietu pT2a wykonano radykalne docięcie blizny i biopsję węzła wartowniczego pachowego, w którym stwierdzono przerzut o wielkości 0,8 mm. Wskaż właściwe postępowanie:

- A. jedynie ścisła obserwacja - w ciągu pierwszych 3 lat po leczeniu czerniaka o większym ryzyku intensywne kontrole w tym okresie, włącznie z ultrasonografią spływu chłonnego co 3-4 miesiące, głównie w celu wykrycia ewentualnego nawrotu lokoregionalnego.
- B. uzupełniająca radioterapia na spływ chłonny.
- C. uzupełniająca limfadenektomia pachowa.
- D. nie ma potrzeby dalszej kontroli ze względu na minimalną wielkość przerzutu.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A lub C.

Nr 18. 49-letnia chora zgłosiła się z powodu guzowatej masy wielkości 9 cm zlokalizowanej w przynasadowej bliższej części kości udowej. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono chrząstniakomięsaka G2 bez cech przerzutów odległych. Wskaż prawidłowe postępowanie terapeutyczne:

- A. resekcja fragmentu kości udowej z guzem i z zaoszczędzeniem kończyny oraz implantacją protezy onkologicznej.
- B. wycięcie radykalne nowotworu z implantacją protezy i chemioterapią uzupełniającą.
- C. wyluszczenie w stawie biodrowym.
- D. stabilizacja zewnętrzna, chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny i implantacją protezy onkologicznej skojarzona z chemioterapią adjuwantową.
- E. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią.

Nr 19. Według klasycznych zasad wstępną skuteczność leku ustala się w populacji chorych na nowotwory w badaniach fazy:

- A. I. B. II. C. IIIA. D. IIIB. E. IV.

Nr 20. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia nowotworów tkanek miękkich:

- 1) zastosowanie szerokiego wycięcia mięsaka w skojarzeniu z radioterapią uzupełniającą okołoperacyjną pozwala na uzyskanie podobnych przeżyć jak chorych poddawanych amputacji;
- 2) biopsja zamknięta (np. gruboigłowa) wiąże się z nieco większym odsetkiem błędów diagnostycznych niż biopsja otwarta, natomiast z biopsją otwartą jest związana większa liczba powikłań;
- 3) korzyści z pooperacyjnej radioterapii w leczeniu miejscowym mięsaka obejmują m.in. zmniejszenie powikłań późnych radioterapii w porównaniu z napromienianiem przedoperacyjnym;
- 4) przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych najczęściej występują w *leiomyosarcoma*;
- 5) jako wyjściowe postępowanie w przypadku włókniakowatości (*aggressive fibromatosis*) najczęściej proponowane obecnie jest leczenie zachowawcze i czynna obserwacja, bowiem wyniki czynnej obserwacji (wait-and-see) wskazują, że jedynie u około 20% chorych dochodzi do progresji choroby, u części obserwowanych chorych stwierdza się nie tylko stabilizację, ale również spontaniczną regresję;
- 6) najczęściej usuwanym narządem podczas leczenia operacyjnego mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej jest nerka, zwłaszcza w przypadku tłuszczakomięsaków.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3,5. B. 1,2,4,6. C. 1,3,4,6. D. 1,2,5,6. E. 2,3,5,6.

Nr 21. U 19-letniej kobiety stwierdzono guz tkanek miękkich zlokalizowany podpowięziowo w obrębie mięśnia czworogłowego uda wielkości 11 cm. Po wykonanej biopsji gruboigłowej badanie histopatologiczne wykazało rozpoznanie mięsaka Ewinga. W badaniach dodatkowych nie stwierdzono zmian przerzutowych. Wskaż prawidłowe postępowanie:

- A. radykalne wycięcie z szerokim marginesem.
B. wyluszczenie kończyny w stawie biodrowym.
C. wycięcie mięsaka z biopsją węzła wartowniczego.
D. resekcja z marginesem tkanek zdrowych w skojarzeniu z radioterapią uzupełniającą (przed- lub pooperacyjną).
E. chemioterapia neoadjuwantowa i resekcja w skojarzeniu z radioterapią oraz chemioterapią pooperacyjną.

Nr 22. U chorego lat 38 stwierdzono guz tkanek miękkich wielkości 5 cm, zlokalizowany nad powięzią mięśnia dwugłowego ramienia. Z biopsji gruboigłowej rozpoznano *leiomyosarcoma* G1. Jakie jest prawidłowe postępowanie po ocenie wielospecjalistycznej?

- A. radioterapia przedoperacyjna i wycięcie z mięśniem dwugłowym ramienia.
- B. wyluszczenie kończyny w stawie ramiennym.
- C. wycięcie miejscowe oszczędzające kończynę z radioterapią pooperacyjną.
- D. szerokie wycięcie miejscowe oszczędzające kończynę.
- E. wycięcie miejscowe z chemioterapią okołooperacyjną.

Nr 23. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące diagnostyki i leczenia nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego:

- 1) ocena ryzyka nawrotu GIST po pierwotnym leczeniu chirurgicznym wg klasyfikacji TNM opiera się na lokalizacji i wielkości guza pierwotnego oraz ocenie liczby figur podziału na 50 pól widzenia w dużym powiększeniu;
- 2) w leczeniu chirurgicznym GIST żołądka postępowaniem z wyboru jest gastrektomia totalna z ograniczoną limfadenektomią D1;
- 3) w przypadku nawrotu GIST należy wdrożyć leczenie imatynibem;
- 4) najczęstszą pierwotną lokalizacją GIST jest żołądek;
- 5) GIST typu dzikiego (wild-type) to taka postać GIST, w którym w wyniku analizy molekularnej stwierdza się obecność agresywnych mutacji *KIT* lub *PDGFRA*;
- 6) wtórna oporność na leczenie inhibitorem kinazy tyrozynowej - imatynibem jest wynikiem nabycia przez nowotwór dodatkowej bądź dodatkowych mutacji w genach *KIT* lub *PDGFRA*.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. wszystkie wymienione. B. 1,3,4,6. C. 3,4,5,6. D. 2,3,4,6. E. 2,3,4,5.

Nr 24. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące mięsaków piersi:

- A. stanowią one około 1% wszystkich rejestrowanych nowotworów złośliwych piersi.
- B. mogą obejmować postacie sporadyczne i indukowane wcześniejszym napromienianiem.
- C. najczęstsze typy histologiczne stanowią złośliwy guz liściasty (*malignant phyllodes tumor*) i naczyniomęsak (*angiosarcoma*).
- D. leczeniem operacyjnym z wyboru powinna być prosta amputacja piersi (zwłaszcza w *angiosarcoma*) lub radykalne wycięcie miejscowe oszczędzające pierś z limfadenektomią pachową.
- E. neoadjuwantowa radioterapia (lub ewentualnie chemioterapia) jest zalecana zgodnie z zasadami leczenia podobnie jak w mięsakach tkanek miękkich o innej lokalizacji.

Nr 25. Po wycięciu radykalnym nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego żołądka wielkości 6 cm z indeksem mitotycznym 11/50 HPF i obecnością mutacji w eksonie 12. *PDGFRA*, należy:

- A. zastosować uzupełniającą radioterapię.
- B. poddać chorego jedynie ścisłej obserwacji pod postacią TK jamy brzusznej i miednicy co 3 miesiące.
- C. zalecić uzupełniającą terapię imatynibem przez rok.
- D. zalecić uzupełniającą terapię imatynibem w dawce 400 mg/dobę przez 3 lata.
- E. zastosować uzupełniającą chemioterapię wielolekową.

Nr 26. Mammografię w diagnostyce raka piersi wykonuje się w następujących projekcjach:

- A. kraniokaudalnej i przedniotylniej.
- B. lateromedialnej i skośnej.
- C. skośnej i przedniobocznej.
- D. bocznoprzyśrodkowej i przedniotylniej.
- E. kraniokaudalnej i skośnej.

Nr 27. Prawdopodobieństwo obecności raka w przypadku kategorii BIRADS IV wynosi (wskaż zakres ryzyka):

- A. mniej niż 2%.
- B. więcej niż 2%, mniej niż 50%.
- C. więcej niż 5%, mniej niż 75%.
- D. więcej niż 2%, mniej niż 95%.
- E. więcej niż 95%.

Nr 28. Mammografię i USG operowanej piersi u chorych na raka piersi po przeprowadzeniu leczenia oszczędzającego pierś po raz pierwszy należy wykonać:

- A. 2 miesiące po operacji.
- B. 6 miesięcy po operacji.
- C. 8-10 miesięcy po operacji.
- D. 12-15 miesięcy po operacji.
- E. 18-24 miesiące po operacji.

Nr 29. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złożonej zmiany włókniejącej (*complex sclerosing lesion, CSL*):

- 1) CSL nazywa się inaczej blizną promienistą;
- 2) CSL nazywa się inaczej płaskimi atypowymi zmianami nabłonkowymi;
- 3) CSL charakteryzuje się centralnym obszarem tkanki włóknisto-szklawiejącej;
- 4) ryzyko rozwoju raka piersi związane z obecnością CSL wynosi > 25%;
- 5) w obrębie CSL stwierdza się między innymi obraz gruczolistości włókniejącej;
- 6) rozpoznanie CSL w biopsji gruboigłowej nie wymaga żadnych dalszych interwencji chirurgicznych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4.
- B. 1,3,5.
- C. 2,3,5.
- D. 3,4,5.
- E. 2,5,6.

Nr 30. Według aktualnie obowiązującej klasyfikacji TNM z 2018 roku zapis „cN3a” w raku piersi oznacza m.in. przerzut w:

- A. węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych.
- B. węzłach chłonnych podobojczykowych.
- C. węzłach chłonnych nadobojczykowych.
- D. nieruchomych względem siebie pachowych węzłach chłonnych.
- E. 4-9 węzłach chłonnych pachowych.

Nr 31. Definicja raka wieloośrodkowego piersi to:

- A. ogniska raka piersi ograniczone są do jednego kwadrantu.
- B. ogniska raka piersi są od siebie oddalone więcej niż 3 cm.
- C. ogniska raka piersi są od siebie oddalone więcej niż 5 cm.
- D. ogniska raka piersi znajdują się w mniej niż dwóch sąsiadujących ze sobą kwadrantach.
- E. ogniska raka piersi nie tworzą skupisk tylko są rozproszone zabrodawkowo.

Nr 32. Wskazaniem do uzupełniającej radioterapii po amputacji piersi nie jest:

- A. obecność przerzutów w 1-3 węzłach chłonnych pachowych przy obecności innych niekorzystnych czynników rokowniczych.
- B. rak o zaawansowaniu miejscowym określonym jako „cT4”.
- C. wąski margines zdrowych tkanek (tj. <1 mm).
- D. każdy rak o zaawansowaniu określonym jako „cT3N0”.
- E. rak zrazikowy naciekający niezależnie od zaawansowania.

Nr 33. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące ukrytego raka piersi:

- A. jest oznaczony jako „T1dx” w aktualnej klasyfikacji TNM raka piersi z 2018 r.
- B. jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do rekonstrukcji natychmiastowej.
- C. stanowi od 5-15% wszystkich przypadków chorych na raka piersi.
- D. rokuje nie gorzej niż w przypadku innych chorych na raka piersi o podobnym zaawansowaniu.
- E. wymaga samodzielnej radioterapii piersi bez żadnej towarzyszącej operacji lokoregionalnej.

Nr 34. W przypadku nawrotu miejscowego raka piersi po leczeniu oszczędzającym zalecane postępowanie powinno polegać na:

- A. wyłącznym wycięciu miejscowym nawrotu.
- B. wycięciu miejscowym z ewentualną ponowną biopsją węzła chłonnego wartowniczego bez ponownej radioterapii.
- C. amputacji piersi sposobem Halsteda.
- D. wycięciu miejscowym z ewentualną ponowną biopsją węzła chłonnego wartowniczego oraz ponowną radioterapią.
- E. przedoperacyjnym leczeniu systemowym i następnie na amputacji piersi.

Nr 35. Rak piersi w IV stopniu zaawansowania klinicznego określa stan, kiedy w momencie wykrycia choroby w piersi doszło już do wystąpienia odległych przerzutów. Wskaż prawdziwe stwierdzenie:

- A. rak piersi w IV stopniu jest niemal we wszystkich przypadkach chorobą nieuleczalną, a celem zastosowanego leczenia jest wydłużenie czasu przeżycia oraz zmniejszenie nasilenia dolegliwości.
- B. wybór odpowiedniej strategii leczenia należy do decyzji MDT (konsultacyjnego zespołu wielodyscyplinarnego), zależy od stanu ogólnego chorej, stanu miejscowego choroby, czynników prognostycznych i predykcyjnych oraz obecności i rodzaju objawów.
- C. główną metodą postępowania jest leczenie systemowe.
- D. leczenie chirurgiczne brane jest pod uwagę po leczeniu systemowym, a także jako postępowanie paliatywne, np. w przypadku dolegliwości bólowych lub krwawień.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 36. Rak piersi u mężczyzn występuje bardzo rzadko, przebiega podobnie jak rak piersi u kobiet po menopauzie. Najczęściej jest to rak NST, ER-dodatni, PR-dodatni. Wskaż prawdziwe stwierdzenia:

- 1) ginekomastia nie jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi u mężczyzn;
- 2) nie zaleca się wykonywania badań przesiewowych w populacji generalnej mężczyzn;
- 3) leczenie hormonalne jest podstawą uzupełniającego leczenia systemowego (preferowany tamoksyfen);
- 4) rokowanie u mężczyzn i kobiet chorych na raka piersi (w tym samym wieku i stopniu zaawansowania choroby) jest podobne.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3. **B.** 1,3. **C.** 1,2,4. **D.** 2,3,4. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 37. Pacjentka lat 63, przebyła szerokie wycięcie ogniska mikrozwapnień w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi lewej wraz z procedurą węzła wartowniczego. Raport histopatologiczny: „*Ductal carcinoma in situ comedo NG3* z martwicą, wielkość 26 mm, wycięcie radykalne – R0, ocenione marginesy od strony godz. 12 wynoszą 0,5 mm, pozostałe marginesy powyżej 5 mm, ER 100%, PGR 70%, HER2 3+, Ki67 30%.” Wskaż właściwe postępowanie:

- A. radioterapia i hormonoterapia.
- B. docięcie marginesów, radioterapia i do rozważenia hormonoterapia.
- C. docięcie marginesów, radioterapia i leczenie uzupełniające herceptyną oraz hormonoterapia.
- D. hormonoterapia.
- E. obserwacja – chora nie wymaga dalszego leczenia uzupełniającego.

Nr 38. Wskazaniem do wykonania mastektomii w przypadku raka piersi jest:

- 1) decyzja chorej;
- 2) rak zapalny po leczeniu przedoperacyjnym;
- 3) brak możliwości leczenia oszczędzającego;
- 4) rak piersi u ciężarnej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3. **C.** 1,3. **D.** 1,2,4. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 39. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi w Polsce wykonywane są u kobiet bez objawów nowotworu piersi w wieku:

- A.** 40-69 lat. **B.** 40-79 lat. **C.** 49-69 lat. **D.** 50-69 lat. **E.** 50-79 lat.

Nr 40. Pacjentka lat 59, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu guza piersi prawej, który stwierdziła podczas samobadania. Klinicznie wyczuwalny guz wielkości 4,0 cm oraz niepowiększone, klinicznie niepodejrzane węzły chłonne. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 35 mm z węzłami chłonnymi do 10 mm, niepodejrzanymi o przerzuty. W wykonanym badaniu histopatologicznym guza piersi: Rak NST, G3, ER 0%, PgR 0%, HER2 3+, Ki67 98%. Badania cytologicznego węzłów chłonnych nie wykonywano. Pacjentka wyraża chęć zaoszczędzenia piersi. Zalecanym postępowaniem jest:

- A.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia.
- B.** chemioterapia przedoperacyjna z terapią celowaną anty-HER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie wycięcie guza z biopsją węzłów chłonnych wartowniczych, dalsze leczenie systemowe anty-HER2 oraz radioterapia.
- C.** radykalna mastektomia, chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia.
- D.** chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia.
- E.** chemioterapia przedoperacyjna z leczeniem celowanym anty-HER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia, kontynuowanie terapii celowanej anty-HER2, hormonoterapia.

Nr 41. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka piersi u ciężarnej:

- 1) w diagnostyce guza piersi wykorzystuje się biopsję cienkoigłową, jako metodę mniej inwazyjną niż biopsja gruboigłowa;
- 2) jeśli są wskazania onkologiczne, to można stosować leczenie systemowe - chemioterapię w II i III trymestrze ciąży;
- 3) w przypadku ciąży ≥ 23 tygodni, leczenie chirurgiczne powinno być przeprowadzone w ośrodku z zabezpieczeniem neonatologiczno-położniczym;
- 4) w czasie ciąży przeciwwskazana jest radioterapia, ale dozwolone jest leczenie celowane (anty-HER2) i leczenie tamoksyfenem;
- 5) zakończenie wcześniejsze ciąży (aborcja) nie wpływa na poprawę rokowania dla matki.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,5. **C.** 3,4,5. **D.** 1,2,4. **E.** 2,4,5.

Nr 42. Pacjentka lat 54, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu bólu i obrzęku piersi prawej. Klinicznie obrzęk i zaczerwienienie skóry piersi (objaw „skórki pomarańczowej”) z wyczuwalnym guzem 3 cm oraz powiększonymi w pakietach do 35 mm węzłami pachy i nadobojczyka po stronie prawej. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 30 mm z węzłami chłonnymi pachowymi w pakiecie oraz w dole nadobojczykowym do 25 mm. Badanie cytologiczne z biopsji węzłów chłonnych – komórki nowotworowe. W wykonanym badaniu his-pat guza piersi: Rak NST, G3, ER-0%, PgR- 0%, HER2-(0), Ki67-90%. Zalecanym postępowaniem jest:

- A. radykalna mastektomia, chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia.
- B. chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia.
- C. chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia, hormonoterapia.
- D. chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radioterapia.
- E. chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia i radioterapia, jeśli brak całkowitej odpowiedzi patologicznej (w pooperacyjnym preparacie histopatologicznym) na przedoperacyjne leczenie systemowe rozważenie podania kapecytabiny.

Nr 43. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące elektrochemioterapii (ECT) w leczeniu nowotworów zlokalizowanych w powłokach ciała:

- A. w procedurze ECT, w raku piersi, stosuje się bleomycynę lub cisplatynę.
- B. skuteczność ECT zależy od zewnątrzkomórkowego stężenia cytostatyku w czasie elektroporacji i dystrybucji impulsu elektrycznego w obrębie guza.
- C. u chorych na zaawansowane czerniaki skuteczność ECT, czyli możliwość uzyskania miejscowej remisji, wynosi do 90%.
- D. w raku piersi do ECT kwalifikuje się chorych z izolowaną wznową miejscową lub mnogimi, policzalnymi przerzutami do skóry.
- E. w raku neuroendokrynnym Merkla ECT nie znajduje zastosowania.

Nr 44. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia przerzutów do otrzewnej:

- A. chirurgiczne usunięcie masy guza (CRS) z zastosowaniem chemioterapii perfuzyjnej w hipertermii (HIPEC) jest najbardziej skuteczną metodą leczenia rozlanego złośliwego międzybłoniaka otrzewnej.
- B. do najczęstszych powikłań, obserwowanych po leczeniu z wykorzystaniem techniki CRS + HIPEC należą powikłania hematologiczne: neutropenia i leukopenia.
- C. możliwości uzyskania dobrych wyników terapeutycznych po wykonaniu CRS + HIPEC ocenia się na podstawie klasyfikacji PCI (*Peritoneal Cancer Index*).
- D. ocenę możliwości wykonania procedury CRS + HIPEC u chorego na śluzaka rzekomego otrzewnej stanowi klasyfikacja Jacqueta i Sugarbakera.
- E. złotym standardem w obrazowaniu nowotworów pierwotnych i wtórnych otrzewnej jest „obrazowanie zależne od dyfuzji” (DWI, *diffusion weighted imaging*).

Nr 45. Przeciwwskazaniem do elektrochemioterapii (ECT), w raku piersi, nie jest:

- A. niewydolność nerek.
- B. otyłość.
- C. śródmiąższowe zwłóknienie płuc.
- D. alergia na lek.
- E. lokalizacja przerzutu w pobliżu portu naczyniowego.

Nr 46. Procedura CRS+HIPEC jest stosowana przy przerzutach do otrzewnej przede wszystkim w takich nowotworach jak:

- A. *Merkel cell carcinoma*, mięsak Kaposiego, rak jelita cienkiego.
- B. rak piersi, rak jajnika, rak jelita grubego.
- C. *dermatofibrosarcoma protuberans*, czerniak gałki ocznej.
- D. czerniak przełyku, *melanoma ilei*, *carcinosarcoma ovarii*.
- E. *glioblastoma multiforme*, rak płuca, czerniak pod paznokciowy.

Nr 47. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka przewodowego *in situ* (DCIS) piersi:

- A. charakteryzuje się obecnością rozrostu nabłonka przewodów bez przekraczania błony podstawnej.
- B. postaci objawowe charakteryzują się obecnością guza, samoistnym wyciekami z brodawki sutkowej lub chorobą Pageta.
- C. jedną z metod diagnostyki przy podejrzeniu DCIS jest badanie fiberoduktoskopowe.
- D. w postaciach klinicznie bezobjawowych, u 80% chorych w mammografii występują mikrozwapnienia.
- E. DCIS może występować wieloogniskowo, dlatego podstawą postępowania chirurgicznego jest mastektomia prosta z biopsją węzła wartowniczego.

Nr 48. Najważniejszym czynnikiem rokowniczym w mięsakach tkanek miękkich, który ma bezpośrednio wpływ na rokowanie, jest:

- A. wielkość guza.
- B. położenie i lokalizacja guza.
- C. stopień złośliwości histologicznej.
- D. wielkość marginesu chirurgicznego przy wycięciu doszczętnym.
- E. wskaźnik: średnica guza/margines wycięcia.

Nr 49. W przypadku GIST żołądka zabiegiem rekomendowanym, przy guzie do 5 cm, jest:

- A. resekcja klinowa z marginesem tkanki zdrowej – resekcja R0.
- B. resekcja klinowa (R0) z biopsją węzła wartowniczego.
- C. resekcja klinowa (R0) z limfadenektomią D1.
- D. częściowa resekcja żołądka.
- E. częściowa resekcja żołądka z limfadenektomią D1.

Nr 50. O podwyższonym ryzyku nawrotu choroby po usunięciu GISTu żołądka, skłaniającym do zastosowania leczenia uzupełniającego imatynibem, **nie świadczy**:

- A. wielkość guza powyżej 5 cm.
- B. wartość wskaźnika mitotycznego: > 5 mitoz/50 pól widzenia.
- C. pęknięcie guza w trakcie operacji.
- D. stwierdzona mutacja w eksonie 11. genu *KIT*.
- E. wysoka aktywność proliferacyjna *Ki67* z przeciwciałem MIB1.

Nr 51. W zaawansowanym miejscowo GIST, o ograniczonej resekcyjności, w jamie brzusznej, według współczesnych standardów zaleca się postępowanie według następującej sekwencji:

- A. pierwotną operację wielonarządową R0, leczenie uzupełniające imatynibem w dawce 800 mg/dobę przez 3 lata, wieloletnią obserwację.
- B. pierwotną operację cytoredukcyjną, leczenie uzupełniające imatynibem w dawce 800 mg/dobę przez 3 lata, wieloletnią obserwację.
- C. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 400 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, wieloletnią obserwację.
- D. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 800 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, wieloletnią obserwację.
- E. leczenie neoadjuwantowe imatynibem 800 mg/dobę, w wypadku uzyskania remisji usunięcie mas resztkowych, adjuwantową chemioterapię preparatami platyny w liczbie 6-8 cykli, wieloletnią obserwację.

Nr 52. W kryteriach kwalifikacji do leczenia imatynibem w zaawansowanych nowotworach podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) **nie jest** brana pod uwagę następująca cecha:

- A. wydolność nerek i wątroby.
- B. brak zaburzeń wchłaniania z przewodu pokarmowego.
- C. stan sprawności pacjenta, mierzony w skali WHO.
- D. mierzalność zmian w badaniu CT.
- E. wysoki indeks mitotyczny (ponad 10 mitoz/50 pól widzenia).

Nr 53. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące badań radioizotopowych w onkologii:

- A. są to metody mające szczególne znaczenie w diagnostyce wznowy procesu nowotworowego.
- B. czułość mamoscyntygrafii z zastosowaniem ^{99m}Tc-MIBI wynosi 94% i jest zbliżona do czułości badania ¹⁸FDG-PET.
- C. podstawowym badaniem w diagnostyce zmian przerzutowych raka tarczycy jest scyntygrafia po podaniu ¹³¹I.
- D. scyntygrafia z użyciem ⁶⁷Ga jest szczególnie zalecana w diagnostyce przerzutów raka żołądka do regionalnych węzłów chłonnych.
- E. znakowane analogi somatostatyny znalazły zastosowanie w leczeniu chorych z guzami neuroendokrynnymi, a receptory somatostatynowe posiadają także nowotwory gruczołu piersiowego, płuc i chłoniaki.

Nr 54. W przypadku podejrzenia nacieku na kość mięsaka tkanek miękkich w położeniu kończynowym, metodą diagnostyczną z wyboru jest:

- A. USG Dopplera.
- B. rentgenodiagnostyka konwencjonalna.
- C. CT bez kontrastu.
- D. MRI z kontrastem.
- E. badanie palpacyjne.

Nr 55. Przypadkowe usunięcie mięsaka tkanek miękkich, czyli usunięcie bez uprzedniej biopsji i analizy histopatologicznej, traktowane jest w onkologii jako:

- A. resekcja R0, pod warunkiem osiągnięcia przynajmniej 5 mm marginesu zdrowej tkanki.
- B. resekcja R1, jeśli margines zdrowych tkanek jest mniejszy niż 5 mm.
- C. resekcja R1, niezależnie od wielkości marginesu.
- D. resekcja R2, przy marginesie poniżej 1 mm.
- E. resekcja R2, niezależnie od wielkości marginesu.

Nr 56. Wskazaniem do zastosowania radykalnej radioterapii w mięsakach tkanek miękkich nie jest/nie są:

- A. guzy resekcyjne w II i III stopniu zaawansowania klinicznego.
- B. guzy nieresekcyjne w II i III stopniu zaawansowania klinicznego.
- C. miejscowy nawrót choroby.
- D. stan po nieradykalnej resekcji.
- E. guzy resekcyjne w I stopniu zaawansowania po operacji R0, w przypadku braku zgody pacjenta na adjuwantową chemioterapię.

Nr 57. Które z wymienionych nie stanowi podstawowego wskazania do badania PET w onkologii?

- A. poszukiwanie ogniska pierwotnego u chorych z rozpoznaniem procesu nowotworowego o nieznanym punkcie wyjścia.
- B. ocena stopnia zaawansowania miejscowego i regionalnego w rakach głowy i szyi.
- C. monitorowanie leczenia w chorobach rozrostowych, np. w chłoniaku złośliwym.
- D. ocena stopnia zaawansowania miejscowego i regionalnego raka z przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych.
- E. podejrzenie nawrotu czerniaka.

Nr 58. Rak brodawkowy tarczycy w stopniu zaawansowania pT1a, to inaczej:

- 1) *carcinoma occultum*;
- 2) *occult sclerosing carcinoma*;
- 3) *encapsulated sclerosing tumour*;
- 4) *papillary microtumour*;
- 5) *non-invasive micro carcinoma*.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4,5.
- B. 1,5.
- C. 1,2,3,4.
- D. 2,3,5.
- E. tylko 5.

Nr 59. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów gruczołów ślinowych:

- A. spośród zewnątrzpochodnych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory najwyraźniej udokumentowany jest wpływ promieniowania jonizującego.
- B. palenie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na *adenolymphoma*.
- C. w diagnostyce dużych gruczołów ślinowych pierwszoplanowym badaniem jest sialografia.
- D. w guzach dużych gruczołów ślinowych do błędów w sztuce należy wstępne badanie histopatologiczne poprzez otwartą biopsję.
- E. leczenie pacjenta z guzem Warthina polega na doszczętnym usunięciu.

Nr 60. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia w przypadku raka ślinianki przyusznej:

- A. w III stopniu zaawansowania klinicznego obowiązuje parotidektomia całkowita bez możliwości zachowania nerwu twarzowego.
- B. klasycznym wskazaniem do uzupełniającej radioterapii jest stwierdzenie raka gruczołowo-torbielowatego, a dawka napromieniania pooperacyjnego powinna wynosić minimum 60 Gy.
- C. w rakach o typie *salivary duct carcinoma* podejmowane są próby skojarzenia docetakselu z trastuzumabem, podobnie jak w raku przewodowym piersi.
- D. w rakach z Ki67 powyżej 60% oraz wysokim indeksem mitotycznym (powyżej 30) obowiązuje usunięcie regionalnych węzłów chłonnych regionu I szyi oraz chemioterapia.
- E. w przypadku wznowy miejscowej po leczeniu chirurgicznym i napromienianiu obowiązuje terapia niestandardowa.

Nr 61. Podstawową metodą diagnostyki różnicowej raka tarczycy jest:

- A. badanie USG.
- B. biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą USG.
- C. badanie scyntygraficzne Tc⁹⁹.
- D. CT.
- E. biopsja gruboigłowa celowana.

Nr 62. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące guzów nadnerczy:

- A. guzy poniżej 4 cm, nieczynne hormonalnie, nie stanowią wskazania do leczenia chirurgicznego.
- B. guzy nadnercza prawego wykrywane są zwykle w badaniu USG jamy brzusznej, natomiast w przypadku guzów nadnercza lewego konieczne jest wykonanie badania CT.
- C. badanie MRI pozwala odróżnić niezłośliwe gruczolaki nadnercza od zmian złośliwych z czułością i swoistością sięgającą 100%.
- D. w wypadku trudności diagnostycznych w badaniach obrazowych zalecane jest wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej.
- E. w raku kory nadnerczy zalecaną jest klasyczna operacja otwarta, techniki laparoskopowe są rzadziej stosowane.

Nr 63. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące guzów endokrynnych trzustki (PNET):

- A. w *gastrinoma* stężenie gastryny jest 10-krotnie większe na czczo niż norma.
- B. podstawą diagnostyki PNET trzustki jest spiralna wielorzędowa tomografia komputerowa.
- C. pomocna w diagnostyce PNET jest metoda sekwencji dyfuzji cząsteczek wody (DWI).
- D. w nieresekcyjnych PNET stosuje się terapię radioizotopową, jako II linię leczenia.
- E. dzięki skutecznej terapii systemowej i radioizotopowej przerzuty odległe w PNET nie pogarszają rokowania.

Nr 64. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące ultrasonografii piersi:

- A. dzięki współczesnej ultrasonografii w wielu przypadkach można postawić prawidłową diagnozę, czyli odróżnić zmianę złośliwą od niezłośliwej.
- B. sonoelastografia jest badaniem użytecznym w przypadku zmian niepalpacyjnych.
- C. US BIRADS 3 oznacza, że prawdopodobieństwo raka wynosi od 0 do 2%.
- D. gruczolakowłóknia w badaniu usg jest wyłącznie hipoechogeniczny.
- E. brak promieniowania sprawia, że jest to metoda zalecana u kobiet w ciąży.

Nr 65. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące diagnostyki zmian w piersi:

- A. podstawowym narzędziem do diagnostyki guza piersi jest biopsja gruboigłowa.
- B. biopsja cienkoigłowa jest wiarygodną techniką przedoperacyjnego badania stanu węzłów chłonnych.
- C. w przypadku rozpoznania AdH (atypowego rozrostu przewodowego) zaleca się chemoprewencję i tamoksyfen.
- D. rzekomonaczyniowy rozrost podścieliska to zmiana miejscowo złośliwa, z możliwością dawania przerzutów drogą chłonną, bez cech dawania przerzutów drogą krwionośną.
- E. w LCIS z martwicą czopiąstą należy usunąć ognisko w całości.

Nr 66. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące guzów klatki piersiowej:

- A. 20% złośliwych guzów klatki piersiowej stanowi szpiczak.
- B. najczęstszym nowotworem złośliwym ściany klatki piersiowej u dzieci jest mięsak Ewinga.
- C. w przebiegu kostniakomięsaka częste są przerzuty, które lokalizują się głównie w płucach.
- D. chrzęstniakomięsak jest wrażliwy na napromienianie, dlatego radioterapia jest obok chirurgii podstawową metodą leczenia tego nowotworu.
- E. włókniec (*fibroma desmoides*) nie daje przerzutów ale cechuje się skłonnością do miejscowych wznów, dlatego leczenie chirurgiczne polega na usunięciu z bardzo szerokim marginesem.

Nr 67. W czasie limfadenektomii pachowej muszą być zaoszczędzone:

- 1) nerw piersiowy głęboki;
- 2) pęczek naczyniowo-nerwowy podłopatkowy;
- 3) żyła piersiowa nadbrzuszną;
- 4) nerw piersiowy długi;
- 5) tętnica piersiowa przyśrodkowa;
- 6) węzły pachowe grupy bocznej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. tylko 4. **B.** tylko 5. **C.** 1,2,5. **D.** 4,5,6. **E.** 2,3,4,6.

Nr 68. Granicą przyśrodkową piętra III węzłów chłonnych pachowych jest:

- A.** więzadło Halsteda.
- B.** brzeg przyśrodkowy mięśnia piersiowego mniejszego.
- C.** brzeg przyśrodkowy mięśnia piersiowego większego.
- D.** żyła podobojczykowa.
- E.** pierwsze żebro.

Nr 69. Droga Rottera to:

- A.** pęczek naczyń krwionośnych.
- B.** naczynia chłonne.
- C.** nazwa nerwów śródpiersiowo-pachowych.
- D.** liczne żyły okolicy nadobojczykowej.
- E.** węzły chłonne pachowe boczne.

Nr 70. Naciek raka na mięsień piersiowy większy jest wskazaniem do operacji:

A. Patey'a. **B.** Halsteda. **C.** Maddena. **D.** Dysona. **E.** Urbana.

Nr 71. W raku ukrytym rozpoznanie ustala się w oparciu o:

- 1) analizę ekspresji CK7 i CK20;
- 2) mammografię;
- 3) mammografię MR;
- 4) CT;
- 5) badanie kliniczne;
- 6) limfoscyntyografię;
- 7) usg piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4,6. **B.** 1,3,4,7. **C.** 1,2,3,5. **D.** tylko 3. **E.** 3,5.

Nr 72. Nazwa BI-ALCL dotyczy:

- A.** postaci specjalnej raka piersi.
- B.** chłoniaka piersi.
- C.** złośliwej postaci guza liściastego piersi.
- D.** raka przedinwazyjnego piersi.
- E.** może dotyczyć wszystkich powyższych.

Nr 73. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące metaplastycznego raka piersi:

- A. podstawą rozpoznania jest potwierdzenie obecności mammoglobiny w materiale histopatologicznym.
- B. nie daje przerzutów drogą limfatyczną.
- C. zasady leczenia chirurgicznego są zbliżone do tych, które dotyczą mięsaków piersi.
- D. leczenie hormonalne nie znajduje zastosowania z powodu braku ekspresji receptorów steroidowych.
- E. rokowanie w rakach metaplastycznych jest dobre.

Nr 74. Ryzyka raka piersi u mężczyzn nie zwiększa:

- A. otyłość.
- B. stosowanie egzogennych hormonów płciowych.
- C. nadużywanie alkoholu.
- D. zaburzenia czynności gonad.
- E. ginekomastia.

Nr 75. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące kobiet w ciąży, u których rozpoznano raka piersi:

- A. nie należy stosować scyntygrafii kośćca w celu diagnostyki przerzutów do kości.
- B. nie należy stosować chemioterapii w pierwszym trymestrze.
- C. nie należy stosować leczenia anty-HER2.
- D. nie należy stosować leczenia bifosfonianami.
- E. nie należy wykonywać biopsji węzła wartowniczego.

Nr 76. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące guza liściastego piersi:

- A. wszystkie guzy liściaste należy traktować jako potencjalnie złośliwe.
- B. cechuje się skłonnością do nawrotów miejscowych, nawet w postaciach niezłośliwych.
- C. w każdym przypadku guza złośliwego i granicznego wskazana jest biopsja węzła wartowniczego.
- D. przerzuty odległe występują głównie w płucach.
- E. zarówno radioterapia pooperacyjna jak i adjuwantowa chemioterapia nie poprawiają wyników leczenia.

Nr 77. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące choroby Pageta brodawki sutkowej:

- A. objawem wczesnym są powiększone węzły chłonne w badaniu klinicznym.
- B. rak piersi towarzyszy jej w około 90% przypadków.
- C. mastektomia jest uzasadniona w każdej postaci choroby Pageta brodawki sutkowej.
- D. u chorych z niepowiększonymi węzłami chłonnymi pachowymi należy wykonać biopsję węzła chłonnego wartowniczego.
- E. rokowanie chorych, u których chorobie Pageta brodawki towarzyszy jedynie DCIS jest bardzo dobre.

Nr 78. Oceniony przez patologa preparat odbytnicy z rakiem gruczołowym opisany jako pT3N1c oznacza, że:

- A. guz nacieka błonę mięśniową właściwą i występują przerzuty w 1-2 węzłach chłonnych.
- B. guz nacieka błonę mięśniową właściwą i występują przerzuty w 3 węzłach chłonnych.
- C. guz nacieka tkankę tłuszczową okołodbytniczą i występują depozyty lub pojedynczy depozyt nowotworu w tkance tłuszczowej okołodbytniczej bez zajęcia węzłów chłonnych.
- D. guz nacieka błonę mięśniową właściwą i występują przerzuty w co najmniej 4 węzłach chłonnych.
- E. guz nacieka błonę surowiczą i występują przerzuty w co najmniej 7 węzłach chłonnych.

Nr 79. Leczeniem z wyboru raka płaskonabłonkowego kanału odbytu w IIB stopniu zaawansowania klinicznego jest:

- A. brzuszno-krzyżowa (kroczoowa) amputacja odbytnicy.
- B. jednoczasowa radio-chemioterapia.
- C. przedoperacyjna RT 5x5Gy i operacja.
- D. miejscowe wycięcie i obserwacja.
- E. długa radio-chemioterapia i operacja po 6 tygodniach.

Nr 80. Leczenie nawrotu raka płaskonabłonkowego kanału odbytu po radio-chemioterapii, potwierdzonego histopatologicznie, polega na:

- A. ponownej radio-chemioterapii.
- B. miejscowym wycięciu.
- C. chemioterapii paliatywnej.
- D. brachyterapii.
- E. brzuszno-krzyżowej (kroczoowej) amputacji odbytnicy.

Nr 81. Wskaż schemat leczenia zalecany u 60-letniej kobiety, bez obciążeń internistycznych, z rakiem gruczołowym G3 odbytnicy zlokalizowanym 8 cm od brzegu odbytu, bez objawów niedrożności, w badaniu *per rectum* guz ruchomy, cT1N2aM0:

- A. przednia resekcja z następową radio i chemioterapią.
- B. przedoperacyjna radioterapia, po 6 tygodniach przednia resekcja odbytnicy i pooperacyjna chemioterapia.
- C. przezodbytowa resekcja odbytnicy (TaTME) z pooperacyjną chemio-radioterapią.
- D. wytworzenie kolostomii i radioterapia połączona z chemioterapią.
- E. neoadjuwantowa radio-chemioterapia i po 6 tygodniach przednia resekcja odbytnicy z następową obserwacją.

Nr 82. Stopień zaawansowania IIIA raka odbytnicy jest zdefiniowany przez następujące cechy:

- 1) T1 N1 M0;
- 2) T2 N1 M0;
- 3) T1 N2a M0;
- 4) T2 N2a M0;
- 5) T1 N2b M0.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 2,3,5. **D.** 3,4,5. **E.** tylko 5.

Nr 83. Po przedniej resekcji odbytnicy i całkowitym usunięciu krezki odbytnicy z reguły występuje tzw. zespół niskiej przedniej resekcji. Charakteryzuje się on następującymi objawami:

- 1) częstym oddawaniem stolca;
- 2) nagłym parciem na stolec;
- 3) nietrzymaniem gazów i stolca;
- 4) nieodróżnianiem gazów od stolca;
- 5) obniżeniem jakości życia chorych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3. **B.** 3,4. **C.** 2,3,4. **D.** 1,3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 84. 48-letni mężczyzna z rozpoznaniem raka gruczołowego odbytnicy G2, zlokalizowanym 3 cm od brzegu odbytu skierowany został na badania przed leczeniem, ustalające stopień zaawansowania klinicznego. W MRI miednicy małej stwierdzono rozległe (> 15 mm) naciekanie tkanki tłuszczowej okołodbytniczej i patologicznie powiększone 4 węzły chłonne w krezce odbytnicy. TK brzucha i badanie rentgenowskie klatki piersiowej nie wykazały patologicznych zmian. Poziom CEA wynosił 11 ng/ml. Jaki jest stopień zaawansowania klinicznego u chorego?

- A.** T3N1M0. **B.** T4aN1Mo. **C.** T3N2aM0. **D.** T4aN2aMo. **E.** T3N2aM1.

Nr 85. 60-letni mężczyzna, bez obciążeń, z rakiem gruczołowym odbytnicy G1 zlokalizowanym 7 cm powyżej zwieracza na ścianie tylnej, średnicy 1,5 cm. W obrazie MRI z naciekiem błony podśluzowej niedochodzącym do mięśniówki właściwej, bez przerzutów do węzłów chłonnych, nie wyraża zgody na przednią resekcję odbytnicy, ponieważ nie akceptuje ryzyka powikłań pooperacyjnych i zespołu niskiej przedniej resekcji. Jakie alternatywne leczenie można zaproponować choremu?

- A.** wycięcie miejscowe przez całą grubość ściany z marginesem zdrowych tkanek (TEM, TAMIS) i ścisłą obserwacją.
B. radioterpię.
C. chemioterapię.
D. radiochemioterapię.
E. przezodbytową ablację guza.

Nr 86. Kobieta lat 68, z rakiem gruczołowym G3 górnej części odbytnicy, skierowana została na badania określające stopień zaawansowania. Rentgen klatki piersiowej bez zmian patologicznych, TK jamy brzusznej – bez zmian patologicznych, MRI miednicy małej – guz 9-13 cm od brzegu odbytu, okrężny, naciekający na trzon macicy, bez obecności patologicznych węzłów w obrębie krezki odbytnicy i miednicy. CEA – 4 ng/ml. Wskaż stopień zaawansowania:

- A.** IIa. **B.** IIc. **C.** IIIa. **D.** III. **E.** IV.

Nr 87. Które z poniższych należą do tzw. kryteriów amsterdamskich, służących do rozpoznania dziedzicznego, niepolipowatego raka jelita grubego (HNPCC)?

- 1) występowanie raka jelita grubego u co najmniej trzech krewnych, z których co najmniej jeden jest w pierwszym stopniu pokrewieństwa do pozostałych;
- 2) występowanie synchronicznego/metachronicznego raka jelita grubego u co najmniej jednego krewnego;
- 3) przynajmniej jeden przypadek zachorowania przed 50. r.ż.;
- 4) wykluczenie raka jelita grubego współistniejącego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego;
- 5) wykluczenie rodzinnej polipowatości jelita grubego (FAP).

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 1,3,5. **C.** 2,3,5. **D.** 1,3,4. **E.** 2,3,4.

Nr 88. Ryzyko powstania raka jelita grubego u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego wzrasta wraz z:

- 1) czasem trwania choroby;
- 2) nasileniem i częstością nawrotów zapalenia błony śluzowej jelita;
- 3) współwystąpieniem postępowego, zwężającego zapalenia dróg żółciowych;
- 4) długotrwałym przyjmowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych;
- 5) umiejscowieniem najsilniejszych zmian zapalnych w prawej połowie okrężnicy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 1,3,5. **C.** 1,4,5. **D.** 1,3,4. **E.** 1,2,4.

Nr 89. Termin: „rozszerzona prawa hemikolektomia” odnosi się do sytuacji, w której wykonano resekcję prawej połowy okrężnicy wraz z regionalnym układem chłonnym, poszerzoną o:

- A.** resekcję końcowego odcinka jelita krętego w odległości 5 cm od zastawki Bauchina.
- B.** usunięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomię).
- C.** limfadenektomię węzłów chłonnych zaotrzewnowych.
- D.** wysokie podwiązanie naczyń okrężniczych środkowych i usunięcie węzłów chłonnych położonych wzdłuż tych naczyń.
- E.** usunięcie torebki tłuszczowej prawej nerki.

Nr 90. Zespół Lynch 1 (HNPCC) jest związany z występowaniem dziedzicznych mutacji w obrębie genów odpowiadających za naprawę nici DNA, takich jak:

- A. *MSH2, MLH1.*
- B. *MLH1, APC.*
- C. *APC, BRCA1.*
- D. *MSH2, PTEN.*
- E. *PTEN, APC.*

Nr 91. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące leczenia chirurgicznego GIST odbytnicy:

- A. radykalna resekcja polega na usunięciu odbytnicy wraz z regionalnym układem chłonnym.
- B. jatrogenne, śródoperacyjne uszkodzenie guza jest niezależnym od stopnia zaawansowania złym czynnikiem rokowniczym.
- C. w przypadku dużych guzów operacja laparoskopowa jest przeciwwskazana.
- D. w przypadku zaawansowania miejscowego, usunięcie jedynie guza pierwotnego w granicach tkanek zdrowych jest postępowaniem wystarczającym.
- E. pierwotne leczenie chirurgiczne nawrotu miejscowego GIST jest przeciwwskazane.

Nr 92. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące raka kanału odbytu:

- A. jest to najczęściej rak płaskonabłonkowy.
- B. podstawowym sposobem leczenia jest radio-chemioterapia.
- C. w przypadku zweryfikowanej mikroskopowo przetrwałej zmiany resztkowej po radio-chemioterapii, należy wykonać wycięcie miejscowe.
- D. w przypadku nawrotu choroby, konieczne jest wykonanie amputacji brzuszno-krzyżowej odbytnicy.
- E. resekcja nieradykalna mikroskopowo (R1) jest złym czynnikiem rokowniczym.

Nr 93. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące roli badania PET-CT (pozytonowa tomografia emisyjna) u chorych na raka jelita grubego:

- 1) jest to zalecane badanie przesiewowe u pacjentów obciążonych wysokim ryzykiem powstania raka jelita grubego ze względu na rodzinne występowanie nowotworów;
- 2) jest to badanie wskazane w przypadku podejrzenia nawrotu raka jelita grubego opartego o wzrost poziomu markerów nowotworowych;
- 3) jest to zalecane badanie obrazowe w przypadku całkowitej remisji klinicznej guza nowotworowego po zastosowaniu radio-chemioterapii przedoperacyjnej;
- 4) czułość badania w wykrywaniu choroby przerzutowej wynosi ponad 95%;
- 5) jest to badanie, które już we wczesnym okresie po operacji (do 3 miesięcy) potrafi różnicować miejscowy nawrót choroby nowotworowej od zmian pooperacyjnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 2,4.
- B. 1,4.
- C. 2,3.
- D. 3,5.
- E. 2,5.

Nr 94. Rak brzoju odbytu wielkości powyżej 5 cm, bez przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i bez przerzutów odległych, określany jest jako stopień zaawansowania:

- A. II A. B. III A. C. I B. D. II B. E. III C.

Nr 95. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące olbrzymich kłykców okolicy odbytu (guz Buschkego-Löwensteina):

- 1) cechą charakterystyczną obrazu mikroskopowego jest obecność obszarów nabłonka wielowarstwowego płaskiego z cechami atypii obok obszarów leukoplakii z dysplazją;
- 2) charakteryzuje się szybkim wzrostem;
- 3) w ponad 50% przypadków dochodzi w nim do transformacji w kierunku nowotworu złośliwego;
- 4) nawroty miejscowe obserwowane są w ponad 50% przypadków;
- 5) podstawowym sposobem leczenia jest radio-chemioterapia.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 4,5. C. 2,3. D. 1,2,5. E. 2,4.

Nr 96. Markerami immunohistochemicznymi stosowanymi w diagnostyce różnicowej nowotworów okrężnicy, wskazującymi na raka gruczołowego, są:

- A. CK20, LCA.
B. CD20, Ki67.
C. CK20, BCL2.
D. CD3, CD20.
E. CK20, CDX2.

Nr 97. W endoskopii stwierdzono u pacjenta guzek o śr. 0,8 cm (T 1a) o wyglądzie guza neuroendokrynnego, położony 10 cm od zwieracza odbytu. Prawidłowe postępowanie lecznicze to:

- A. przednia resekcja odbytnicy.
B. endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa.
C. endoskopowa polipektomia pętłą diatermiczną.
D. wyłącznie obserwacja (endoskopia i/lub MR).
E. radioterapia 5x5 Gy.

Nr 98. Który z poniższych markerów nie ma zastosowania w monitorowaniu nowotworów neuroendokrynnych?

- A. alfa-fetoproteina (AFP).
B. kwas hydroksyindolooctowy.
C. insulina.
D. glukagon.
E. chromogranina A (CgA).

Nr 99. U pacjenta operowanego z powodu podejrzenia zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdzono guz neuroendokrynnny wielkości 3,0 cm, położony u jego podstawy, bez cech naciekania naczyń krwionośnych i chłonnych. Zalecane postępowanie to:

- A. leczenie analogami somatostatyny.
- B. prawostronna hemikolektomia z limfadenektomią.
- C. obserwacja w badaniach obrazowych (USG, KT).
- D. podanie radioizotopu.
- E. monitorowanie poziomu kwasu hydroksyindolooctowego w kierunku ew. wznowy.

Nr 100. Guzy neuroendokrynnne trzustki mogą stanowić element następujących stanów chorobowych, **z wyjątkiem**:

- A. zespołu MEN1.
- B. zespołu von Hippel-Lindau.
- C. nerwiakowłókniakowości typu 1 (zespół Recklinghausena).
- D. zespołu Zollingera-Ellisona.
- E. choroby Gravesa.

Nr 101. W uogólnionej chorobie nowotworowej przebiegającej z tzw. „zespołem rakowiaka” najczęstszą przyczyną zgonu jest:

- A. niedomykalność zastawki trójdzielnej, ew. płucnej serca.
- B. wyniszczenie nowotworowe.
- C. wielopoziomowa niedrożność spowodowana rozległym włóknieniem krezki jelita cienkiego.
- D. udar spowodowany niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym.
- E. stenoza zastawki aortalnej.

Nr 102. Wodnista biegunka, hipokaliemia, achlorhydria, guz trzustki mogą sugerować następujące rozpoznanie:

- A. zespół Addisona-Biermeera.
- B. glucagonoma.
- C. zespół WDHA (VIPoma).
- D. insulinoma.
- E. choroba Recklinghausena.

Nr 103. Guz neuroendokrynnny głowy trzustki o śr. 0,5 cm, z dużą ekspresją receptorów somatostatynowych w badaniach izotopowych, nieczynny hormonalnie, bez cech rozsiewu. Wskaż optymalne postępowanie:

- A. guz powinien być bezwzględnie zoperowany.
- B. guz należy poddać leczeniu izotopowemu „gorącymi” analogami somatostatyny (PRRT).
- C. obserwacja - w chwili obecnej nie wymaga leczenia.
- D. termoablacja.
- E. radioembolizacja.

Nr 104. W leczeniu hipoglikemii spowodowanej guzem typu *insulinoma* mają zastosowanie następujące metody leczenia, z wyjątkiem:

- A. miejscowego wycięcia guza trzustki.
- B. centralnej resekcji trzustki.
- C. przewlekłego leczenia analogami somatostatyny.
- D. PRRT (leczenie radioizotopowe).
- E. termoablacji.

Nr 105. U pacjenta, u którego z powodu wola guzkowego usunięto tarczycę, rozpoznano w badaniu histopatologicznym raka rdzeniastego. Który z wymienionych elementów postępowania nie ma zastosowania w tym przypadku?

- A. badania genetyczne pacjenta i rodziny w kierunku rodzinnego występowania nowotworu.
- B. monitorowanie poziomu kalcytoniny celem wykrycia ew. wznowy.
- C. badania genetyczne i obserwacja innych narządów układu wydzielania wewnętrznego pod kątem zespołu MEN.
- D. terapia izotopowa z użyciem jodu.
- E. badanie receptorów somatostatynowych.

Nr 106. Zaleca się aby chorzy na raka trzustki byli leczeni wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem, w których wykonywanych jest minimum:

- 1) 20 operacji resekcji trzustki/ rocznie;
- 2) 30 resekcji/ rocznie;
- 3) 50 resekcji/rocznie;
- 4) raczej żadne z powyższych;
- 5) nie ma to znaczenia w leczeniu raka trzustki.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1. B. 4,5. C. tylko 3. D. tylko 2. E. 1,5.

Nr 107. Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne dla chorych na raka trzustki powinny mieć następujące możliwości:

- 1) możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia);
- 2) możliwość wykonania MR w miejscu;
- 3) możliwość wykonywania badań genetycznych w miejscu;
- 4) możliwość wykonania kontrastowego badania radiologicznego w miejscu;
- 5) możliwość przeprowadzenia leczenia innymi metodami (termoablacja, IRE).

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 1,3. C. 4,5. D. 2,3,5. E. 1,4.

Nr 108. Bezwzględny przeciwwskazaniem do resekcji raka trzustki jest naciek:

- 1) guza na żyłę wrotną;
- 2) guza na tętnicę kręzkową górną;
- 3) guza na żyłę kręzkową górną;
- 4) guza na tętnicę wątrobową wspólną;
- 5) na pień trzewny.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,4. **B.** tylko 1. **C.** 1,3. **D.** 2,5. **E.** tylko 3.

Nr 109. Rokowanie u chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka trzustki zależy od:

- 1) wielkości guza;
- 2) rozległości resekcji;
- 3) naciekania naczyń i nerwów;
- 4) przedoperacyjnej radioterapii;
- 5) stopnia histologicznego zróżnicowania.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,5. **B.** 2,3,5. **C.** 1,2,4. **D.** 2,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 110. Wskazaniem do endoskopowego drenażu dróg żółciowych w przypadku raka głowy trzustki nie jest/nie są:

- 1) objawy zapalenia dróg żółciowych;
- 2) naciekanie guza na dwunastnicę;
- 3) resekcyjny guz głowy trzustki;
- 4) stężenie bilirubiny >16 mg/dl;
- 5) leczenie neoadjuwantowe.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,5. **B.** 2,3. **C.** 3,4. **D.** tylko 2. **E.** 1,4,5.

Nr 111. Do najważniejszych złych czynników rokowniczych dla raka trzustki zalicza się:

- 1) lokalizacja guza w głowie trzustki – rokują gorzej niż zlokalizowane w trzonie trzustki;
- 2) niedożywienie i zły stan ogólny chorego w przebiegu nowotworu;
- 3) guzy o średnicy poniżej 2 cm;
- 4) naciekanie naczyń;
- 5) płeć męska.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3,4.
B. 1,2,4.
C. 2,4.
D. 2,5.
E. 3,4,5.

Nr 112. Do powikłań onkologicznych związanych z leczeniem raka trzustki należy/ą:

- 1) ostre zapalenie trzustki;
- 2) powikłania zakrzepowo-zatorowe;
- 3) rozsiew nowotworowy;
- 4) puchlina limfatyczna;
- 5) opóźnione opróżnianie żołądka.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3. **B.** 1,5. **C.** 3,4. **D.** tylko 3. **E.** 1,3.

Nr 113. Leczenie przedoperacyjne u chorych z resekcyjnym rakiem trzustki ma na celu:

- A.** doprowadzić do całkowitej regresji nowotworu, widocznej w badaniach obrazowych.
B. zwiększyć wirulencję nowotworu.
C. zwiększyć odsetek resekcji R1.
D. obniżyć liczbę zbędnych laparotomii zwiadowczych.
E. selekcję potencjalnie najlepszych kandydatów do leczenia chirurgicznego.

Nr 114. Podczas lewostronnego wycięcia trzustki ze śledzioną w przypadku raka trzonu i/lub ogona trzustki w skład bloku usuwanych tkanek wchodzi również węzły chłonne, przy czym do rutynowo usuwanych podczas tej operacji węzłów chłonnych **nie należą**:

- A.** krezkowe bliższe (grupa 7). **D.** wnęki śledziony (grupa 9).
B. ogona trzustki (grupa 10). **E.** pnia trzewnego (grupa 6).
C. tętnicy wątrobowej wspólnej (grupa 5).

Nr 115. Według wytycznych leczenia raka trzustki w zależności od klinicznego stopnia zaawansowania w stopniu IV zaleca się:

- A.** chirurgię poszerzoną.
B. chirurgię standardową.
C. chirurgię paliatywną i/lub paliatywne leczenie systemowe.
D. wyłącznie chirurgię paliatywną.
E. żadne z powyższych.

Nr 116. Wskaż **falszywe** stwierdzenie:

- A.** mutacje *BRAF* u chorych na uogólnionego czerniaka są korzystnym czynnikiem predykcyjnym dla leków anty-BRAF.
B. mutacje *BRAF* u chorych na uogólnionego raka jelita grubego są niekorzystnym czynnikiem prognostycznym.
C. nadmierna ekspresja HER2 u chorych na uogólnionego raka żołądka jest korzystnym czynnikiem predykcyjnym dla terapii trastuzumabem.
D. ekspresja receptora estrogenowego w raku piersi jest korzystnym czynnikiem rokowniczym.
E. mutacje genów *RAS* w przerzutowym raku jelita grubego są korzystnym czynnikiem predykcyjnym dla przeciwciał anty-EGFR.

Nr 117. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów układu pokarmowego:

- A. chemioterapia paliatywna u chorych na przerzutowego raka żołądka nie wpływa na wydłużenie czasu całkowitego przeżycia, a jedynie na wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji.
- B. u chorych na przerzutowego raka jelita grubego stosowane są leki antyangiogenne.
- C. u chorych na pierwotnie operacyjnego płaskonabłonkowego raka przełyku zastosowanie chemioradioterapii przed zabiegiem wpływa na poprawę rokowania.
- D. badanie PET-KT jest wartościową metodą oceny możliwości leczenia radykalnego u chorych na raka przełyku.
- E. wykonywanie USG jamy brzusznej u chorych na marskość wątroby wpływa na zmniejszenie umieralności z powodu raka wątrobowokomórkowego.

Nr 118. Test ROMA (algorytm wyliczany na podstawie stężeń CA125 i HE4 w surowicy) jest wykorzystywany w diagnostyce:

- A. raka szyjki macicy.
- B. raka trzonu macicy.
- C. raka jajnika.
- D. raka kosmówki.
- E. żadnego z powyższych.

Nr 119. Według aktualnie obowiązującej klasyfikacji TNM raka piersi z 2017 roku, guzki satelitarne (wysiew skórny) w skórze tej samej piersi to cecha:

- A. M1a.
- B. pN3.
- C. cT4a.
- D. cT4b.
- E. cT4c.

Nr 120. Właściwy zakres postępowania z układem chłonnym pachy, w przypadku klinicznego zaawansowania raka piersi ocenionego jako ycT1c ycN1 M0, powinien polegać co najmniej na:

- A. wycięciu I piętra dołu pachowego.
- B. wycięciu I i II piętra dołu pachowego.
- C. wycięciu I, II i III piętra dołu pachowego.
- D. biopsji wartowniczego węzła chłonnego z badaniem doraźnym.
- E. leczeniu przedoperacyjnemu w celu konwersji do cN0 i wykonaniu wówczas SNB.

Dziękujemy !